

NOTIFICACION DE APROBACION PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

Se aprobó su solicitud para el Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI) con fecha de _____.

(mes/día/año)

El pago de asistencia monetaria para el primer mes de asistencia es de \$ _____.

El primer día que recibirá asistencia monetaria es _____.

(mes/día/año)

Comentarios:

RESPONSABILIDADES EN RELACION A LO QUE REPORTA

La cantidad de su pago de CAPI se basa en toda la información que recibimos. Usted tiene que informarle al condado cada vez que ocurra algún cambio, incluyendo cambios en los ingresos, recursos o arreglos con respecto a la vivienda para usted, o su esposa(o), padre o madre o hijos/hijas que vivan con usted, o con respecto a su patrocinador y su esposo(a) sin importar en donde vivan.

Usted tiene que informarnos de cualquier cambio antes de que pasen 10 días de la fecha del cambio. Recuerde que un cambio puede reducir o aumentar su pago de CAPI. Es posible que tenga que reembolsar los pagos excesivos que reciba.

Reglas: Las siguientes reglas, las cuales puede revisar en la oficina de bienestar público, son pertinentes: Código de Bienestar Público e Instituciones, División 9, Parte 6, Capítulo 10.3, Secciones 18937 a 18944.